

日時：令和6年12月5日（木）10:00～12:00

場所：A P 虎ノ門 RoomI（3階）

出席者

磯部 光章委員、小野 稔委員、笠原 群生委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、絹川 弘一郎委員、見目 麻子委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、坂本 哲也委員、佐原 博之委員、外園 千恵委員、平澤 ゆみ子委員、水野 紀子委員、湯沢 賢治委員、剣持 敬参考人、北村 聖オブザーバー

議題

1. 今後の臓器医療のあり方について
2. 「臓器の移植に関する法律」に運用に関する指針の一部改正について
3. 腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準の一部改正について
4. その他

配付資料

- | | |
|-------|-------------------------------------|
| 資料1 | 今後の臓器移植医療のあり方について（概要） |
| 資料2 | 今後の臓器移植医療のあり方について |
| 資料3 | 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正について（概要） |
| 資料4 | 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正案 |
| 資料5 | 腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準の一部改正案について |
| 参考資料1 | 臓器移植対策の現状について |
| 参考資料2 | 臓器の移植に関する法律 |
| 参考資料3 | 臓器の移植に関する法律施行規則 |
| 参考資料4 | 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン） |
| 参考資料5 | 臓器あっせん業の許可等について |
| 参考資料6 | 心臓移植（レシピエント）の選択基準 |
| 参考資料7 | 肺移植希望者（レシピエント）の選択基準 |
| 参考資料8 | 心肺同時移植希望者（レシピエント）選択基準 |
| 参考資料9 | 肝臓移植希望者（レシピエント）選択基準 |

- 参考資料 10 腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準
- 参考資料 11 膵臓移植希望者（レシピエント）選択基準
- 参考資料 12 小腸移植希望者（レシピエント）選択基準
- 参考資料 13 （一社）日本臨床腎移植学会提出資料

議事

○事務局 定刻になりましたので、ただいまから「第 70 回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会」を開催します。委員の皆様方におかれましては、師走の御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

では、恒例ですが、Web 会議の進め方について御説明させていただきます。御発言をされる場合は、ビデオ及びマイクを ON にしていただきまして、まずお名前をおっしゃった上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら、ミュート状態にさせていただきようをお願いいたします。

本日の出席状況ですが、あらかじめ秋山委員、浅井委員、藤野委員が御欠席と御連絡を頂いています。本日、手術等が立て込んでおられるようで、小野委員、そして笠原委員、加藤庸子委員が後から参加されるとお聞きしています。

また、参考人として藤田医科大学移植外科の剣持教授がオンラインで御参加、そしてオブザーバーとして日本臓器移植ネットワークの北村専務理事に現地で御参加いただいています。

引き続きまして、資料の確認をさせていただきます。今日もたくさんありまして、恐縮です。資料 1、2 が「今後の臓器移植医療のあり方について」、資料 1 がスライドになっています。資料 2 がそれを文章にしたものです。資料 3、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正について、概要。資料 4、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正案。資料 5、「腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準」の一部改正案について。参考資料 1 が臓器移植対策の現状について。参考資料 2、臓器の移植に関する法律。参考資料 3、臓器の移植に関する法律施行規則。参考資料 4、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）。参考資料 5、臓器のあっせん業の許可等について。参考資料 6、心臓移植希望者（レシピエント）選択基準。7 以降、同様に臓器の移植、レシピエント選択基準です。そして、参考資料 13 が一般社団法人日本臨床腎移植学会提出資料となっています。

では、ここからの進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 では、本日の議題に入らせていただきます。本日は議題が 3 つと「その他」です。最初が「今後の臓器移植医療のあり方について」ということです。まず、事務局か

ら御説明いただけますか。

○事務局 事務局より今後の臓器移植医療のあり方の取りまとめとして、今から御説明させていただきます。「脳死下の臓器摘出に至るプロセスと課題」です。このプロセスの中で患者さんの受入れの後、脳死と判断されてから実際に臓器が摘出されるまで様々なプロセスがあるわけですが、「臓器提供施設」、「あっせん機関」、そして「移植実施施設」、それぞれに課題があるということが挙げられています。

例えば、具体的にはこの右側に「想定される課題と対応策」と書かせていただいておりますが、終末期対応、臓器提供に対する医療機関の不慣れであったり負担、そして臓器提供施設が独自に臓器提供の適応がないと判断したことによること。あるいは、あっせん機関においては複数事例対応のために、JOT 等コーディネーターが家族の意向やポテンシャルドナーの急変に対応できず、あっせんに至らなかったこと。そして、JOT 等のコーディネーターが医学的観点、法令・ガイドラインの観点から、臓器提供の適応がないと判断したことなど、あるいは、移植実施施設においては、ドナー適応は確認したものの、ドナーの医学的理由、レシピエント理由、移植実施施設の体制等によって成立しなかった。そのような課題があることが分かっています。

その上で、厚労科研研究事業で1年間において、脳死を経て亡くなられる方が我が国に何人ぐらいいらっしゃって、そのうち、あっせん機関である JOT に連絡されたものが何人ぐらいいらっしゃって、そのような研究をしていただいたところ、御覧のとおり、我が国において4,000人を超える患者さんが脳死を経て亡くなられています。最終的に、臓器の摘出に至った方は105名でした。

私どもはこのデータをもとに、「課題に対する対応策」としてまとめさせていただいたものが、今、提示しているものです。臓器提供施設においては、臓器提供実績施設は約300です。ただ、5類型施設と言われる臓器提供可能施設は900です。提供を実施する施設を増やすよう、経験のある施設が支援する取組を進めていきたいと考えています。

また、臓器のあっせん機関に関しては、あっせん機関が実施している業務のうち、ドナーに関連する業務、例えばポテンシャルドナーに関する家族への説明と同意の取得等を切り出しまして、そういうドナー関連業務を実施する別法人を複数設置するという。そして、院内にいらっしゃるドナーコーディネーターさんに、ポテンシャルドナーに関する家族への説明の業務を委嘱すること。そして、マッチング辞退の数等が、報道でもされていましたが、マッチングの成立率を高められるよう、レシピエント選択基準に医学的緊急度等を追加するということです。

そして、移植実施施設においては、レシピエント等が施設の選択にいかすことができるように、施設の移植実績や特徴等を公表すること。そして、レシピエントが移植実施施設側の理由で拒否される確率を低減するために、あらかじめ複数の移植希望施設を登録できるようにすること。こちらを対応策として提示したいと考えています。

その上で、まずこの臓器提供施設に関して、「臓器提供施設連携体制構築事業の強化」

を考えています。臓器提供の経験豊富な拠点病院が、経験がやや少ない連携施設に対して臓器提供に関する教育、あるいは事例発生時の人材派遣等を支援する事業です。令和7年度は、人口の多い大阪府、あるいは空白地帯になってしまっている北関東、甲信越・日本海側に拠点病院を設置し、そして、かつ遠隔地への支援について検討しようと考えています。また、5類型施設、先ほど提示した900ほどの脳死下臓器提供可能施設に対して、臓器提供施設連携体制構築事業の周知を徹底しようと思っています。既に新潟県等で拠点病院の手挙げのお話を頂いています。また、最近はこの遠隔地への支援ということで、ICTを活用した支援を行われている拠点病院もあります。有効に支援ができているとお聞きしているところです。

こちらは、「臓器あっせん機関の複数化の考え方」ということで、復習にはなりますが、前回に提示した資料を御説明させていただきます。臓器のあっせんに係る業務は、主にドナー関連業務、そしてマッチングに関連する業務がありますが、我が国はいずれの業務も日本臓器移植ネットワークさんが担っておられます。その両方の業務を担っておられるということで、本当に大変な業務量とお聞きしています。もし、この業務量を少しでも楽にして差し上げるという観点から、あっせん機関を複数とする場合に、役割ごとに分割する案、この「案1」と書かせていただいている所です。それから、全てのあっせん業務のところを複数化するという、これは「案2」と書かせていただいている所がありますが、これまでの臓器移植委員会で議論された結果、このJOTさんの役割とドナー関連業務を実施する法人で役割を分けて複数化する、そういう方向で検討することになったと承知しています。

では、先ほどの案1で進める場合の臓器あっせん機関の複数化の考え方についてお示しします。現在のあっせん機関の業務のうち、ドナー関連業務を実施する法人を地域で複数設置し、そして臓器提供施設と連携することでJOTへの業務集中を軽減し、ポテンシャルドナーの家族への説明や臓器提供に同意する場合の同意書の取得を効率的に進めたいと考えています。また、臓器提供者数が増加していったとしても、確実にマッチングや移植実績等の情報公開を実施すべく、臓器摘出に係る業務を順次ドナー関連業務実施法人に移行してはどうかと考えています。また、これらの業務に関しては、第三者機関がJOT及びドナー関連業務実施法人の業務実施状況等を継承するというで考えています。具体的には、この赤枠で囲ませていただいた「①ドナー関連業務」と書いている所、この業務を順次JOTから新しくドナー関連業務を行う法人に移行していくということを考えています。

また、調査研究や普及啓発というのはとても大事な事業で、例えばドナー関連業務ではドナーに係る様々なデータが蓄積されていくところと承知していますので、そういった調査研究を実施していただいて、JOTさんにおかれてはマッチング関連の調査を行っていただきまして、双方の法人でそれぞれ調査研究、普及啓発をしていただくことによって、移植医療推進を図っていく、そういうことを考えています。

ただ、法人を分けてもコーディネーター等の人員の確保がなければ、業務がなかなか円

滑に遂行できないということで、「院内ドナーコーディネーターの活用」を考えています。今後、ドナー関連業務実施法人が中心となりまして、院内ドナーコーディネーターと連携し、ポテンシャルドナーの家族への脳死判定や臓器提供に関する説明や同意書の作成を行っていかうと考えています。日本臓器移植ネットワーク、JOT は、ドナー関連業務実施法人からドナー情報を受信後、レシピエント選定を開始して、レシピエント選定後は JOT が中心となってドナー関連業務実施法人と連携して、臓器搬送経路の策定等を行っていただくということを考えています。

そして、ドナー関連業務実施法人は、自ら JOT や都道府県コーディネーター等の業務経験がある OG、OB の方を確保するなどして、コーディネーターの質と量の担保をしていかうと考えています。また、学会、JOT 及びドナー関連業務実施法人でドナー関連業務を行う院内ドナーコーディネーター等の育成や教育を行う。移行期間後はドナー関連業務実施法人が、例えば都道府県や将来的な院内ドナーコーディネーターの委嘱及び認定更新を行っていただきたいと考えています。

ただ、こういったことは急に実施することはできませんので、移行期間を設けたいと考えています。移行期間中は、ドナー関連業務実施法人を JOT の方々で支援していただければ幸いです。

そして、下にお示ししているこの絵が、「臓器提供のプロセスに係る院内ドナーコーディネーターの役割のイメージ」です。先立っての臓器移植委員会でも、たくさんの御意見を頂きましたが、やはり患者さんやその御家族、周りで患者さんを支援されている方、一番近くで様々な意思決定等支援されているのは病院にいらっしゃる方であろうと。そういう観点から家族に臓器提供に関する説明であったり、あるいは承諾書の作成というのは院内ドナーコーディネーターの方々に御活躍いただきたいと考えています。

ただ、入院時重症患者対応メディエーターという大切な意思決定支援、家族あるいは御本人の意思決定支援をしていただくような重要な第三者的役割の方々もいらっしゃいます。そういうメディエーターさんに、院内ドナーコーディネーターと連携して、御家族の思いをお聞きして寄り沿っていただけたらと考えています。ただ、この同意書の作成というのは、第三者性の担保が必要です。御家族、あるいは周りにいらっしゃる方の任意性の担保も必要ですので、院内ドナーコーディネーターだけではなく、新しくドナー関連業務を実施される法人のコーディネーターであったり、従前の都道府県臓器移植コーディネーターの方にも同意書の作成等は関与していただきたいと考えています。

このドナーの情報が上がりますと、日本臓器移植ネットワークによってレシピエント候補者の選定、そして移植希望の有無を、医療機関を通じて確認する。そして移植候補者が選定されましたら、臓器摘出チームを派遣する。そういう業務を行っていただきたいと考えています。

手術室における臓器摘出術の管理においては、まず、ドナー関連業務実施法人のコーディネーターと都道府県臓器移植コーディネーター等で連携して行っていただきたいと思っ

ています。

このような役割分担を行うことによりまして、JOT の皆さんは本当にマッチング業務や意思確認等で大変な労力を使っておられるとお聞きしていますが、こういった業務整理とともに、後に述べます業務の効率化等で、全体的な移植医療の目詰りを解消できればと考えています。

ここからが、移植実施施設の話です。こちらは 9 月 24 日に公表させていただいた「令和 5 年の移植実施施設における移植実施の辞退数等に関する集計結果」です。こちらは、実は数値の間違ひがありまして、お詫びして訂正させていただきたいと思ひます。大きく分けて 2 つの集計の間違ひがありました。(1)においては、公表されている資料等からの転記の誤りでした。こちらは私どものダブルチェックなどが至っていなかったところで、お詫び申し上げます。

(2)においては、御覧いただくと、肺と腎臓の所で(2)が付いていると思ひますが、こちらは 2 つ臓器がある。つまり右と左で臓器がある肺と腎臓において、その移植が成立しなかったという解釈が私どもで統一されていなかったこと、あるいは臓器を無駄にしないという観点から日本臓器移植ネットワークや移植実施施設において、懸命な臓器の活用の御意思があったという点で、私どものこれまでの集計と違つた数値でした。ただ、この件については、臓器が有効に活用されたかだけでなく、移植実施施設の実態を検証し、そして今後、円滑に移植医療が実施されるために、施策として考える上で有効な臓器の利用というよりは、移植が実施されたという観点から集計をし直したというところではす。

ここに書いてあるとおりですが、本来の移植候補者へのあつせんが成立しなかった場合でも、移植候補者以外のレシピエントに対して移植を行う場合があります。つまり、例えば肺の移植に関して、この 25 から 41 に大きく数値が変わつた理由として、肺は片肺移植か、あるいは両肺移植、移植の候補者で第 1 希望、第 2 希望をすることが可能です。一度、片肺移植で受諾された施設も、もしもう片方の肺が移植実施施設に対して、移植実施を打診され、全ての移植実施施設がドナーの理由など様々な理由で辞退された場合、片肺ではなく、移植を辞退された片肺も活用していただひて、最初は片肺移植で希望されていたけれども、最終的に両肺を移植したという事例がありました。それが、この 41 から 25 の 16 の肺が、実際は両肺移植として実施されたということです。ただ、実態は 41 の両肺ないし片肺が移植実施施設によって辞退されたというところでした。

この腎移植に関しては、もともとこの 8 という数値、両方の腎臓が辞退されたものを記載していましたが、片腎のみ活用されなかった、移植に使われなかったという腎臓があります。そちらを記載していませんでしたので、腎移植として辞退された件数が 10 件、うち片腎移植 2 件ということで修正させていただひています。こちらに関しても、移植の運用に関して専門的、かつ本当に移植実施施設や JOT の方々の懸命な努力によって、確実に臓器が移植されるような取組があつた。そちらを私どもが察知できておらず、間違つた数値を記載してしまつたということで、お詫び申し上げます。

また、その数値の修正に伴いまして、心臓、肺、肝臓、膵臓、腎臓、小腸それぞれの移植実施辞退の理由についても、少しずつ数値が変わっています。細かくここが変わったという記載ができていませんが、前回の資料と見比べて御確認いただけたらと思います。ただ、実際にこの集計をし直したところ、令和5年の脳死ドナー131名に関して、あっせんが中止された事例の主な理由というのが、「ドナーの医学的理由」、次いで「院内体制」で移植ができないということでした。やはり、この院内体制で移植ができないということは、できる限り避けるべきであること。そして、このドナーの医学的理由においても、移植を打診される患者さんであったり、移植実施施設、日本臓器移植ネットワークにこのあっせんのプロセスにおいて大きな負担が掛っていることから、例えばドナーの医学的理由、院内体制において、移植待機患者さんの移植実施施設の登録のあり方など、あるいはドナー、レシピエントの選定のあり方について、なるべく患者さんやあっせん機関、移植実施施設に負担が掛からないように、この制度の見直しをしていきたいと考えています。

その観点から、「医学的理由等による移植不成立への対策」として、以下に提示しているような見直しをしていきたいと考えています。現在、レシピエントの選択、ドナーの情報が出てきて、レシピエントが選定されて、そして優先順位を決めるという過程で、学会、研究会等の要望を受けまして、臓器ごとに個別のレシピエント選択基準を置いています。それが具体的に下にお示ししているとおりです。例えば、ドナーの情報として臓器の状態や体格(身長・体重)、年齢、ドナーのいらっしゃる医療機関の場所など、そういった情報が挙げられるわけですが、それに沿ってレシピエント情報として、臓器によって医学的緊急性、もちろん体格、年齢、血液型、レシピエントが登録されている医療機関の場所、それに伴う搬送時間、臓器によってはレシピエントさんが今、移植ができない状況であればinactiveという表示をして、あっせんの対象から外すということが行われています。

例えば、このドナーの医学的理由によって移植が辞退されるということ、これはどういうことかと申しますと、医学的に安定して移植を待機されている患者さんの場合、ドナーの臓器の機能が低下している、あるいは組織的に異常がある、心臓においては低心機能であったり、肝臓においては脂肪肝などです。そういう場合、いわゆるマージナルドナーと呼ばれていますが、この安定して待機されている患者さんはこのマージナルドナーからの移植を回避されるという傾向があるようでした。これがドナーの医学的理由ということで、移植実施辞退につながっていますが、このマージナルドナーであったとしても、やはり移植することによってその生命予後が改善する、あるいは生活の質が改善するという可能性もありますので、医学的緊急性の高い患者さんの順番を優先することによって、マージナルドナーであっても、このドナーの医学的理由ということでたくさん辞退されるのではなく、確実に移植を実施されるようにしよう。そういうことで、まず心臓においてStatus1Aということで、医学的緊急性をレシピエントの情報として加えたところです。

②、この体格差、身長差であったり年齢差という所です。臓器によっては、この体格差を厳密に定めているところがありますが、例えば小腸においては年齢、小児優先の制度が

なかったということで、先立って小児ドナーの場合に小児のレシピエント、移植待機患者さんを優先するという制度改正を提案していただきました。③の虚血時間で移植実施辞退になる事例もありますが、今、搬送時間としてレシピエントの優先順位を決めているのは腎臓のみです。今後、こういったところも見直しが必要かと考えています。

④レシピエントの理由です。例えばレシピエントが、何かの臓器不全以外の病気で治療中、悪性疾患とか心血管合併症など、そういった医学的な理由、あるいはその方の社会的な理由で移植実施辞退をする場合があります。臓器によっては、あらかじめ、先ほども御説明しましたが、移植ができない状態であるという inactive を表示することによって、一時的にあっせんの対象から外すような体制が取られていますが、本日、腎臓においてこの inactive 制度を導入するということが剣持参考人に御説明いただく予定です。

先ほど御説明したとおり、心臓や小腸など、本日、腎臓で先んじて基準改正を今回、そして前回に検討させていただいていますが、他臓器も順次見直しを考えたいと思っています。あっせんの段階でレシピエントとの成立確率が高まるように、今後は必要に応じて国からも一元的にレシピエント選択基準の見直しを要請することとしたいと考えています。それによって、移植実施辞退の件数を減らしていく、そういうことを考えていきたいと思っています。

また、この院内体制によって移植が辞退される、そういうことに関しては「移植登録施設の複数化」ということを考えています。死体からの臓器の移植を希望される場合、「移植希望者登録用紙」に「移植希望病院」を記載し日本臓器移植ネットワークに登録します。「レシピエントによる移植実施施設の登録複数化」に関しては、腎臓移植において既に実施されています。是非、他臓器に関しても登録複数化を考えていただきたいと思います。当面はシステム改修等の観点から、腎臓移植と同様に登録希望施設を2か所から開始しまして、今後、必要に応じて登録施設の変更を検討します。腎臓以外の全臓器に関しても、複数登録ということで、JOTのシステム改修が必要なのですが、こちらは令和6年度中を予定しています。

そして、この移植実施施設を複数登録するに当たって、どの医療機関を登録するのか。そういうことを考える上で、各移植実施施設の移植待機患者数であったり移植実施数、こういった情報が移植を待機される方や、そういう患者さんを管理されている医療機関、医師の重要な情報であろうと思います。そういう観点から、この待機患者数、移植実施数等を臓器あっせん機関が公開するというのを考えています。これまで何回かの臓器移植委員会で、生着率、生存率等の移植成績の公表について議論してきましたが、まだ移植医療の普及、特に亡くなられた方からの臓器提供、100例ちょっとの状況です。この普及が十分でないという観点から、移植実施数が少ない移植実施施設の成績の解釈は非常に困難であること、そして、移植成績の低下を恐れて医療機関が難度の高い移植術を実施しなくなる等の懸念があることから、まずは今後の公表に向けて、学会において公表する内容等について検討していきたいと考えています。事務局からは以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。この夏から繰り返し行われてきた検討で大分煮詰まってきて、そろそろまとめの段階に入っていると思います。多岐にわたりますけれど、全体を通じてで結構ですので、御意見いただければと思います。挙手をして御発言をお願いいたします。私から始めますけれど、いちばん皆さん懸念されているのは新たな法人の事業についてですが、1つは継続性の問題で、今の御説明だと順次という言葉が随分使われていましたけれども、順次の期間と内容はとても気になるところです。それから、施設の数ですが、どれぐらいを念頭に置かれているのかということが、まだ見えてきませんので、特に地域というか、ある程度の地域ごとに設定されるのだろうかという前提でやられていると思うのですが、地域がかなり大きいと、特に北日本のほうは東京から行くのは楽ですけど、区域内でなかなか交通が大変だという問題もあります。現実的に法人のコーディネーターがその施設に行くというのがなかなか困難なこともあろうと思います。移行期間の問題と法人の数、地域等、こういった方向性を考えていらっしゃるのか、現状を教えてくださいませんか。

○島田室長 移植室長の島田です。御指摘ありがとうございます。今頂いた御指摘は非常に重要な点で、今回これを取りまとめをと考えておりますけれども、引き続きこの委員会でも御議論いただく必要があろうかと思っております。

また、その地域性につきましては、おっしゃるような、結局地域においても地域性、交通機関の影響とか同じことではないかという御指摘かと思っておりますけれども、そういった面は院内コーディネーターの活用を同時に進めていければと考えております。

移行期間につきましては、こういった取りまとめをしていただきましたら、可及的速やかに進めていく必要はあろうかと思っておりますけれども、今の JOT に担っていただいている部分を引き続きサポートを得ながら進めていく必要がありますし、また、新しい機関のコーディネーターの質の保証という面で、教育・研修も実施していく必要があります。速やかには考えつつも、現実的などころで行っていく必要があると考えております。

○磯部委員長 ありがとうございます。どなたか、御意見ございますか。

○賀藤委員 すみません。賀藤ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 前々からの議論ですが、今、おっしゃった、僕も気になっていて、いわゆるドナー関連実施法人と JOT との関係ですよね。これを順次うまくやっていくことになるのですが、結局誰がマネージしてやっていくのでしょうか。結構大変な仕事で、かつ走りながらやっていかななくてはいけないので、誰が、移植に支障がないように、この JOT の仕事と関連法人の仕事をきちんと分けながら、それで、スムーズに移行していくための司令塔を担うのでしょうか？ ここはきちんと、例えば、どこの部署がどのようにやって、誰が責任を持ってやるかという、そこら辺のことについて、今後の方針について、何かお考えがありますでしょうか。

○磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。

○事務局 賀藤委員、どうもありがとうございます。大事な御指摘と承知しております。先ほど資料にも提示させていただきましたけれども、やはり業務を遂行するにあたって、あるいはスムーズに移行しているか、スムーズに役割分担しているかにつきまして、第三者的な機関が検証していく必要があると考えておりますし、この大事な機関に対し、私どももしっかりとウオッチしていく必要があると考えております。

○磯部委員長 余り現実味を感じられないのですが、その辺が皆さんの懸念なので。要するにガバナンスの問題と、私が申し上げた期間や役割分担をどのように進めていくのかということについて少し、詰めていただきたいと私も思います。

○事務局 ありがとうございます。御指摘を踏まえ、検討させていただきます。

○賀藤委員 賀藤ですが、続けて。

○磯部委員長 どうぞ。

○賀藤委員 ある程度の組織の固有名詞と、あとは固有名詞のある組織の誰がどのようにCOIのない第三者的な立場でやるとか、何かそこら辺をきちんとしなければならないと思います。ガバナンスに関しても、こういう事業をJOTとドナー関連実施法人との役割を分担してやっていくわけなので、そこら辺の分担のあり方などについて、誰が管理するのかとか、COIの関係もきちんとやっていかないと、また何か変な形になってしまうので、きちんとお願いできればと思います。

○磯部委員長 関連してもう少し突っ込んだ質問になります。予算がこの法人に対して国から出るとなると、ガバナンスは国側が関係することだと思いますので、賀藤委員の御質問の趣旨は、国としてしっかり管理をやっていただきたいということだと思いますけれど、その辺について今後は是非詰めていただきたいと私も思います。

ほかにいかがでしょうか。移植に至らなかった件数のこと、8 ページですかね。医学的な理由は御検討されていますけれど、最終的に例えば心臓ですと 53 名、肺ですと 656 名が成立しなかったという、院内事情だったということですが、この中で実際に移植が成立しなかった件数は、全体で 6 例、25 例になっていますけれど、実際に病院の事情で臓器が活用されなかったという事例はどのくらいですか。

○事務局 ありがとうございます。あっせんが中止された件数は赤枠の所ですがけれども、この所に関しまして、全施設が病院の院内体制が整わないということで移植が実施できなかった臓器はなかったと承知しております。基本的に 6 例、41 例、9 例、45 例、この辺の臓器に関しまして、例えば心臓ですと低心機能であったとか、肝臓ですと、多かったのは脂肪肝ですが、そういう医学的理由で全移植実施施設が辞退されていたというのが現状です。ただ、その間に院内体制が整わない、既に 1 例今移植中なので 2 例目できませんとか、そういう事例があったことはございます。

○磯部委員長 今回の検討とは別かもしれませんが、やはり施設数といいますか、心臓だと今 12 施設だと思いますけれど、それが地域的にある程度偏っていることもありますし、今後その辺をどのようにしていくのか。東北、北海道は非常に少ないですよ。東京周辺

は増えましたけれども、院内事情ですぐ受けられないということになると、移植の成績にも関わりますし、今後の、次の課題だと思いますけれど、施設数についてはアカデミアと相談の上で進めていったらいいと思います。よろしいでしょうか。

うぞ○笠原委員 医療研究センターの笠原です。

最後の所で、移植登録施設が複数化するというところですか。を学会主体で移植成績の提示をしていくという件です。患者さんの目線で考えたときに、何の情報もなく症例数だけで施設を選ばなければならない患者さんの気持ちを思いますと、移植成績は早急に学会で検討して、しっかりと出すようにしていかないと患者さんの選択肢の幅が非常に狭まることを懸念しております。是非働きかけをお願いできればと思います。

○磯部委員長 御意見として承りました。ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。また後で御発言の機会がありますので、一旦先に進めさせていただきます。

それでは、次のセクション、事務局から御説明をお願いします。

○事務局 事務局より御説明いたします。次に議論いただきたい内容といたしまして「「有効な意思表示が困難な者」の意思の取扱いについて」です。細かい字で大変恐縮ですが、「臓器提供に係る「有効な意思表示が困難な者」の意思の取扱いの変遷」についてお示しします。

平成9年に臓器の移植に関する法律が制定された際に、ガイドライン、局長通知において、赤字の部分ですが、患者が知的障害等であることが判明した場合には、当面、法に基づく脳死判定は見合わせることにされておりました。この考え方の背景として、拒否の思いを御本人が表示することができないかもしれないため、知的障害者等の臓器提供の意思の確認等、その取扱いについては十分に慎重に行われるべきだろうということでした。そういう背景もあり、考え方といたしまして、「知的障害者等」は、一律に脳死判定見合わせという運用になっておりました。

ただ、時が過ぎ臓器の移植に関する法律の改正がありました。その際に背景として、知的障害者に限らず、臓器提供に関する拒否の意思を表示することが困難な障害を有する者についても、知的障害者と同一の取扱いをするべきではないか。また一方で、知的障害者等の意思を一律に有効と取り扱わない運用は適当ではなく、その運用も検討すべきであるというようなことが、臓器提供に係る意思表示・小児からの臓器提供等に関する作業班から提言されており、その結果、ガイドラインの内容も、赤字の部分ですが、患者が知的障害等の臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有する者であることが判明した場合には、年齢に関わらず、当面、その者からの臓器摘出は見合わせることにされました。

ここから先の臓器提供は、お子さんもこの平成22年の臓器移植法の改正において、御本人の意思が無効とされる15歳未満の方に関しても、御家族の書面による承諾で臓器摘出ができるようになった。その背景ですが、この意思表示が有効でないと言われる15歳未満の者において障害がある方が臓器提供できないという現状がありましたので、障害あ

る・なしにかかわらず、家族の承諾によって臓器提供を可能とするべきではないか、という御意見が当時の臓器移植委員会の委員からもあったところです。

議論を頂いた結果、15歳未満の方に関しては、障害の有無にかかわらず臓器の摘出ができるようになりました。なお、15歳以上の方に関しては、これまでと同様に有効な意思表示が困難となる障害を有する者であることが判明した場合には、当面、当該者からの臓器摘出は見合わせることにされておりました。なお、この15歳以上の方の取扱いに関しては今後、その取扱いについて更に検討すべきものであるというように臓器移植委員会で提言されております。

2年たちまして、様々な御意見を臓器移植委員会でも頂戴したところですが、本人の意思を丁寧に推定することを前提に、障害のある・なしや年齢に関わらず、家族の承諾によって臓器提供を可能にすべきではないかというような御意見を、臓器移植委員会からも頂いておりますし、令和4年のガイドライン改正時にも御提言いただきました手をつなぐ育成会連合会であったり、この度ヒアリングさせていただいた団体からも、障害ある・なしに関わらずという御意見を頂いています。

この件について、本人の意思の取扱いは非常に議論が多いところですが、関係する団体の方々からの御意見も頂戴した上で、一律見合わせではなく、しかし丁寧に丁寧に御本人の意思を推定することで、障害の有無に関わらず全ての者において意思を推定した上で臓器提供の可否を考えると、そのようにしてはどうかと考えております。具体的には、意思表示を有効なものとして取り扱う15歳以上の者の意思表示等の取扱いについては、主治医等から、家族その他の本人の意思を推定できる者に対する病状や治療方針の説明の中で、個別の事例に応じて慎重に判断すること。なお、その際は必要に応じて、その家族のみならず本人の医療やケアに関わってきた医療従事者等の助言を得ることで考えています。

この背景について、更に詳しく御説明させていただきますと、こちら細かい字で大変恐縮ですが、「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)」において、知的障害者等の有効な意思表示が困難な者の臓器提供に関し、15歳以上の者については、当該意思表示困難者からの臓器摘出は見合わせることにされています。ただ、令和3年度、令和4年度の議論においては、臓器移植あるいは臓器提供について分かりやすい資料、動画やリーフレットなどの開発。様々な経験をされてきた御本人、御家族ですので、意思決定支援が必要であろうと。この観点から、体制整備を前提といたしまして、15歳以上の有効な意思表示が困難となる障害を有する者からの臓器、その方の意思の取扱いについて、引き続き検討することを強く求めるとされておりました。

今般、分かりやすい情報提供資料の開発、たくさんイラストが使われた分かりやすい動画やリーフレットの作成が進んできたこと。意思決定支援に関しては、令和4年度から設置された入院時重症患者対応メディエーター、この方々は、最初にも御説明しましたが、御本人、御家族でもなく、治療に当たっている担当の者、医療従事者でもなく、第三者的な観点から家族やその周りの方々の意思決定支援や、治療方針、内容等の理解の促進に努

めてくださる方、この方々の御活躍も広がってきたところです。

こういう観点から今般、ガイドラインの見直しを考えており、この「知的障害等の有効な意思表示が困難な者」の記載、この「障害」という記載がよろしくないのではないかという御意見も頂いていることから、この記載を削除し、障害の有無に関わらず全ての者において本人の意思を丁寧に推定し臓器提供の可否を判断することを考えていきたいということです。臓器移植委員会でも、今年の7月に、この件について委員の先生方から御意見を頂きましたが、御意見としては、ノーマライゼーションの観点から15歳以上も15歳未満と同様の取扱いにすべきであろうとか、あるいは最後まで差別を受けるのかといった意見が臓器移植委員会でも示されました。

また、関係団体も今回、多数意見交換させていただきました。本当に貴重な御意見を頂きました。この場を借りまして御礼申し上げたいと思います。関係団体からは、有効な意思表示が困難となる障害を有する者の意思は、本当に丁寧に丁寧に推定いたしまして、もしそれで意思が推定できた場合においてはそれを妨げるものではないという御意見を頂いています。

ただ、先ほどもノーマライゼーションという御意見がありました。そもそもの普及啓発においても、その意思表示が困難となる障害を有する者であろうとなかろうと、きちんと障害の有無にかかわらず啓発・教育を行ってほしいという御意見、あるいは障害を持つ方に対して、臓器提供だけではありませんが、御本人の意思の尊重や意思決定支援の体制がまだ発展途上ではないかという御意見もあり、かつ御家族だけでなく、御本人の本当の意思を尊重する意思決定をするということで、友人や専門家等といった本人の周りの者が本人の意思を丁寧に推定しなければいけないのではないか、かつ本人の意思は慎重に判断するべきではないかという意見も頂いていますし、従前の有効な意思表示が困難となる障害を有する者からの臓器提供、脳死判定が行われた場合は、確実に意思が推定されたかどうかについて事後検証すべきといった御意見も頂きました。

私どもといたしまして、このような大事な御意見を頂いたことを踏まえまして、最後まで差別を受けるのかというような御意見もあったことから、障害に関わらず、御本人の意思を丁寧に推定し、推定できた場合においてのみ臓器の摘出を考えるということで、関係団体の皆様の御意見も踏まえガイドラインの改正を考えていきたいと思っております。事務局からの説明は以上です。

○磯部委員長 丁寧な御説明を頂きましてありがとうございます。この改正の案について御意見を頂ければと思います。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 2つあります。1つは、これはお願いします。ICD-11の新しいものによりますと、「障害」という言葉は使わないという形になっています。それに伴い、各学会から「障害」という言葉をなくして、「症」という言葉にしていきたいと思います。それが提案されて、例えば、知的障害という言葉はなくして、知的発達症ということに統一しようということになっています。ただ、多分、法律の文書とか行政の文書では、まだ知的障

害という言葉が使われておりますので、その連続性のために、行政的には知的障害という言葉は使わざるを得ない状況なのだろうと思いますが、今後、学会等では知的障害という言葉は一切使わないということになりましたので、可能な範囲で、知的発達症に変更をお願いできればと思います。あとは、発達遅延とか遅滞という言葉も使わずに神経発達症という言葉に統一しようということになりました。全ての学会はこの言葉に変わりました。知的障害という言葉で論文を書くと全部訂正されて戻ってきますので、その点、今後御検討いただければと思います。

あと1つですが、最後に出た、いわゆる各団体の聴取から得られた留意点というのは大変重要な所なので、これはきちんと留意していただければと思います。それに加えて、有効な意思決定が困難な患者さんの意思の推定というものは、何が正しいか、どれが一番良いのかという答えはないはずです。一番大切なことは、社会に対するアカウンタビリティ、説明責任をきちんと担保できる手続を取ったかどうか全てだろうと思います。ですので、そういうことも含めて、いわゆるアカウンタビリティ、社会に対する説明責任が後できちんとできる、担保しているという手続を取ることも1つ加えていただければと思います。以上です。

○磯部委員長 用語については、事務局のほうで何か御意見はございますか。

○島田室長 用語についても含めて、御意見をありがとうございます。今回の改正では、もう「障害」という言葉は使わない方向での改正ですので、その御指摘の方向性で進めてまいりたいと考えております。ありがとうございます。

○磯部委員長 それでは、佐原委員からお願いします。

○佐原委員 ありがとうございます。日本医師会の佐原です。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」というのが出ています。これは主に、がんであったり、高齢者の終末期にどういうふうに治療方針を決めていくかということで、本人の意思が確認できない場合で、家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針を取ることを基本とするものです。あくまで、家族が決めるとか、承諾するとかということではなく、本人の意思を推定するという、私はこの考え方は臓器移植のガイドラインとすごく合致していると感じております。徐々に訪れる人生の最終段階である場合と、脳死の場合は急に訪れる人生の最終段階で、状況は異なりますが、人生の最終段階ということについては違いがないと思います。ですから、こういう表現をするときに、既にある人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインとの整合性を取りつつ考えていったほうがより説得力があるように思います。

実際、医療・介護の現場では、本人の意思推定を用いて施設での看取りが行われている状況ですので、併せて考えていただければいいのかなと感じました。以上です。

○磯部委員長 御意見ということで、よろしいでしょうか。ありがとうございます。坂本委員、お願いします。

○坂本委員 坂本です。今の佐原委員の意見とも一部重複しますが、意思の表示が困難なものについての取扱いについては、今回、非常によくまとめていただいたと思います。その中で、私たち救急集中治療の部門においても、日本救急医学会、集中治療医学会、循環器学会等で人生の最終段階にある患者で、特に、意思表示ができないときのガイドラインを検討しております。今回、緩和ケアの専門家も含めてその見直しをしている中で、本人意思の推測というプロセスは非常に重要なところだと捉えております。

今回、臓器提供、脳死の判定ということになります。これは救急集中治療で患者さんを診ている我々の立場からしますと、そういう視点では脳死も最終段階の1つであって、臓器提供だけでなく、治療の継続であるとか、あるいはどこまで侵襲的な治療を行うかということも含めて、本人意思を推定して尊重するという事は非常に重要だと考えております。入院時重症患者対応メディエーターの役割も、決して臓器提供、脳死だけに限るものではありませんので、そこのところはあくまでも意思表示が困難な患者さんの意思を推定して、それを尊重するという建付けの中で議論を頂ければ大変有り難いと思えました。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。御意見として承りました。木幡委員、お願いします。

○木幡委員 フジテレビの木幡です。今、事務局のお話を伺えば伺うほど、障害ある・なしに関係ないことをおっしゃっているなど感じました。本人の意思を丁寧に推定しというのは、障害がない場合でも当たり前のことですので、障害の有無で分ける必要があるのかというのをすごく感じました。

一番大切なのは、やはり望まない方から臓器提供をしてはいけないということなので、障害のある・なしに関係なく、しっかりとそこを見極めることができるのであれば、今回、持っていこうとしている方向性というのは、決して間違っていないと思っております。

これは新聞で見つけたのですが、確か障害をお持ちの方からのこの件に対する投書で、「障害があるから一律駄目と扱われることに、悲しさと疑問でいっぱいになった」というコメントを読みました。やはり、私たちが報道していることに対して、こういうような意見を新聞などに寄せるとするのはよっぽどなことだと思うのです。こういった意見を見るにつけ、今回改正ができたなら一番いいと思っております。また、これから孤独死とか、障害のない方でも、家族がいなくて、家族の意思がどうしても得られないという方も出てくるかと思うのです。ですから、そういう場合も含めて、家族だけではなく、第三者の意見でも推定できるというか、考えられるという仕組みも作っていったほうがいいのかと感じました。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。佐原委員、もう一回挙手されていますか。どうぞ。

○佐原委員 今の木幡委員の話ですが、この人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインでは、家族等が本人の意思を推定できない場合、あとは家族

がない場合、家族等が本人の意思を決定できない場合は、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わるものとして家族等と十分に話し合い、本人にとって最善の意思を取ることを基本とするとされています。時間の経過、心身の状態、医学的評価の変更等について、このプロセスを繰り返し行います。家族がない場合及び家族等の判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとって最善の方針を取ることを基本とするというように、家族がない場合についての言及もあります。こういったことも併せて、今回の指針と、これまで出ているガイドラインとの整合性を整えていただければいいのではないかと感じました。以上です。

○磯部委員長 次に、賀藤委員をお願いします。

○賀藤委員 小児科の賀藤です。私は小児科なものですからあえて申し上げます。今までの議論だと、家族という言葉がすごく重要視されています。先ほど障害という言葉は使ってはいけないと言いましたが、知的発達症持ったまま大人になっても家族の方々と一緒にいることも多いと思います。ただ、知的発達症持った人の代理意思決定において、家族イコール善ではありません。知的発達症持った人の代理意思決定で、いわゆる家族の意思が100%善かと言いますとそうではありません。これはきちんと第三者が入ったシステムを作らないと駄目だろうと私は思っておりますので、そこも汲み取っていただければと思います。以上です。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。貴重な御意見をたくさんいただきましたが、御提示いただいた改正案は、ほぼほぼ皆さんの御意見が反映できるような形の提示ではないかと私は理解しております。

これを軸に進めていただくということで、皆さん御了承いただいたということですのでよろしいですね。そうしましたら、事務局のほうからは、今後ガイドラインに反映させるとおっしゃっていましたが、簡単にそのプロセスを御説明いただけますか。

○事務局 事務局よりお示しいたします。本日委員の先生方に御議論いただいて、おおむね了承いただけたということで。ただ、この案件は本当に丁寧に進めていきたいと考えております。パブリックコメントを実施し、その御意見に丁寧に対応しつつ、また、関係団体の方々等とも意見交換をしつつ、最終的なガイドライン改正案を考えていきたいと思っております。

○磯部委員長 今後、これをもとにパブリックコメントに進まれるということですね。それでは、委員会としてこれは了承したということで進めさせていただきます。

それでは、次の課題です。レシピエント選択基準の議論に移ります。剣持参考人から、腎臓移植のレシピエントの選択基準についての御説明をお願いいたします。

○剣持参考人 よろしく申し上げます。藤田医科大学の剣持です。今回、私は臨床腎移植学会の理事長という立場で、腎移植のレシピエントの選択基準、特に inactive 制度の導入をお願いしたいということで説明させていただきます。

まず、資料、改正の経緯ですが、腎移植を待つレシピエントが感染症、あるいは悪性腫

瘍、その他精神的疾患等の医学的理由によって、当面の間、移植を受けられない場合、それから、容体が落ち着いていて、当面の間移植を受ける意思がない場合にも、現在は JOT の移植候補のリストに含まれているので、こういう人はかなり多いのですが、JOT は毎回レシピエント選択で電話を掛けて、場合によっては 100 人に電話をするというコーディネーターの負担もあります。

今般、臨床腎移植学会より、レシピエントが医学的理由等により、当面の間移植を受けられない場合、あるいは容体が落ち着いていて、当面の間移植を受ける意思がない場合には、「inactive 制度について」に従って、待機リスト、「待機 inactive」というのを導入して、一時的に候補者から外すことが検討されて、臨床腎移植学会の理事会で承認を得られ、日本移植学会と日本臨床腎移植学会で厚生労働省のほうに要望書も提出をいたしました。状況を踏まえて、参考資料を参照していただきたいのですが、一番議論になった所は、医学的な所は当然であろうと考えられますが、社会的事情で移植実施が不可能とされるということが、非常に定義付けが難しく、最初は、基準を設けようという話もあったのですが、個々で聞きますと、いろいろな事情があります。これはほかの移植と違って平均で 15 年待つということになりますと、私自身考えても、15 年待っていて、透析で安定しているというところで急にきて、例えばもっと重要な要件がある場合には、これはパスすることも十分あり得ると思ひまして、社会的事情というのを含めました。

ただ、これは医者と本人だけで決めるのでは、やはり非常に問題があると考えまして、その場合には、必ず医師、看護師、最近では 1,500 人以上いらっしゃる腎代替療法専門指導師、待機患者さんはほとんど透析患者さんなので、そこにはいらっしゃいますので、専門指導師とレシピエントコーディネーター、ソーシャルワーカー等の検討で最終的に inactive を決めるというように考えております。

数年前にも、作業部会のほうで、この inactive 制度は検討されたのですが、そのときはネットワークに電話をして inactive にする、active に戻すときも電話をして active に戻すという複雑なプロセスがあり、かなり数が多く、あっせんミスにつながる可能性もあり、導入されませんでした。今回は E-VAS でスマホ画面で入力できる状況になり、移植施設が責任を持って inactive、active ができることになったため、JOT のコーディネーターには負担や責任は生じず、移植施設の責任で行うこととなります。待機患者への負担と JOT コーディネーターの負担を考慮して、一部改正案を提案いたします。御審議のほど、よろしく申し上げます。

○磯部委員長 ありがとうございます。腎臓移植待機患者の選択基準の変更で、inactive 制度を導入されるという御提案です。何か御意見はありますか。見目委員、どうぞ。

○見目委員 移植患者の見目です。御説明ありがとうございます。患者さん御本人に移植の意思がない inactive の状態では、そういった方をスキップして、次に待機している方に打診していただくという形で、患者としては私は問題ない形ではないかと考えております。

今おっしゃっていただいたとおり、私自身は心臓移植なので臓器は違うのですが、長期で安定されている場合は、その治療法に慣れていらっしゃるというケースがあったりとか、人生の中でほかに何か御家族の状態とかもいろいろあるかなということには十分に考えられますので、inactive 制度の導入によってコーディネーターの負担が減って、マッチングに掛かっている時間や流れがより迅速になるのかなと思いますので、御検討いただいております。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかにはよろしいですか。

○剣持参考人 剣持ですが、追加させていただきます。もちろんコーディネーターの負担も軽減されると思いますが、現在候補にあがった患者の意思確認前からクロスマッチ検査を行います。特定移植検査センターの負担は非常に増加しています。検査を行っている患者の多くが、移植を受けないということがかなり多く見られます。これに関しては、これから電話ではなくなると思いますが、意思確認をしたときに、受ける確率が高くなるということは、検査の数も減るということになりますので、負担も減るということを加えさせていただきます。

○磯部委員長 腎臓も非常に待機者が多いので、適切な御検討だと思います。ほかはよろしいですか。それでは、委員会として了承するというところで進めさせていただきます。事務局に私から伺いますが、そうしますと、この inactive 制度は 6 臓器のうち 5 臓器で決まって、あと肺は検討中ということですか。

○事務局 先ほども申し上げましたが、私どもからも肺移植に関しては、やはり患者さんの理由でお断りになる事例もありますので、inactive 制度の正式な導入について働きかけていきたいと考えております。

○磯部委員長 臓器それぞれ特殊性がありますので、御検討いただければと思います。佐原委員、お手が挙がっていらっしゃいますか。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。inactive 制度自体には、私もこういう方法があるべきだと感じます。ただ、これは inactive の設定解除にあたっては、必要に応じて主治医等が追加で診察を行い、移植可能と判断されれば速やかに解除することとあります。本人が解除してほしいと言って、主治医が解除しますと言ったときに、その後、本人が、今現在、自分は active なのか inactive なのかということを確認できる手段というのはあるものなのですか。例えば、マイナポータルには、もちろんこういう機能はないにしても、ポータルサイトなどで自分が今どういうステータスなのかということを確認できることがあれば、医療機関でのミスも避けられますし、患者にも安心感があると。そういうような制度があってもいいのかなと思いました。意見です。

○磯部委員長 オブザーバーでいらしている JOT のほうからお答えいただけますか。北村さん。

○北村オブザーバー どうもありがとうございます。待機患者さんの個人の情報が入っているページを作っておりますので、そこに明示されるようになると思います。

○磯部委員長 よろしいですね。ほかにはよろしいですか。それでは、委員会としてこれは了承させていただきますので、事務局のほうは手続を進めていただくようお願いいたします。

その他、何か議題を用意しているものはありますか。一応、これで議題は終了いたしました。この際御発言があれば。湯沢委員、何かございますか。

○湯沢委員 ありがとうございます。湯沢賢治です。最後に一言発言をさせていただきます。この委員会の委員として、私の任期は12月20日だそうです。この6年間、委員を務めさせていただきましたが、今は現役の移植外科医ではありませんので再任されないことと思います。これが最後の委員会となると思います。これまで移植外科医として、移植医療について思いの丈を散々発言させていただいてきました。とにかく、移植医療にとって一番大切なことは、患者さんのための移植医療にすることだと思っています。これはこの委員会の皆様全員の思いでもあると思っています。委員会の皆様、事務局の皆様も患者さんのために引き続き頑張ってくださいと思います。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 湯沢委員、どうもありがとうございます。長い間、お疲れさまでした。ほかに御発言の方いらっしゃいませんか。それでは、以上で議事を終わりにしたいと思います。最後に事務局のほうにマイクを戻します。

○事務局 最後に大坪健康・生活衛生局長より御挨拶をさせていただきます。

○大坪局長 本日も皆様のお時間を頂きまして、臓器移植の今後の方向性について御示唆を頂き、本日をもって、一旦の取りまとめをさせていただきましたことを心から感謝申し上げます。

先ほどの資料1の中でも、この方針についてのマネジメント、臓器あっせんの業務等、ドナー関連業務の仕切りについて、誰がどのように責任を持って進めていくのかというお尋ねや御懸念を頂きました。これにつきましては、臓器のあっせん業については法律の中で御案内のとおり、大臣許可という形で、国が責任を持って進めていくわけですが、あっせん業の運用は、運用に関する指針の他、あっせん業の範囲については、平成9年の局長通知の中で、移植実施施設等との間の連絡調整活動を行うこともあっせん業に含まれることとされ、細かくそのプロセスも示されております。

これらも今後改正していく作業も必要であろうかと思っておりますが、まず、先生方が御懸念のように、ドナー関連業務実施法人としてしっかり責任を持った者が継続性を持って進めることが重要であり、ここに関しては、これまでの法令ガイドライン、通知等々の中では、現在はJOT、すなわちあっせん業の許可を受けた者のみができることとなっておりますので、こういったところを臓器提供の貴重な御意思が確実に患者様につながっていくために、今後そういった業務を行うことができる者を広げていくということができるよう役割分担を規定していくことになると思っております。

したがって、ドナー関連業務の作業がいきなりJOTから切り替わるということではなく、こういった業務ができる法人をJOT以外に他にも作っていき、それが徐々に広がっていっ

て、全国各地でそういう作業を行える法人が出来ることで底上げができるようにしていくことの、まず第1歩となる取りまとめを今日いただいたとっております。

今後の時間軸などについては、これからこういった業ができる法人を説明の機会を頂きながら各地で募っていく中で、時間軸というものが見えてくるのだろうと思いますが、まずは平成9年から進めてきたこうしたドナー関連業務が、多くの地域で知見、実績が広がってきたことを踏まえて、この機会に、もう少し現場に広げていきたいと思っております。

また、今後も進捗状況など、御報告、御確認を頂きながら進めていければと思っております。今年7月からこの議論を進めさせていただき、国会でも社会でも、大きな話題となっている議題に貴重な御意見、御示唆を頂いて本日とりまとめを迎えられたことを心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

○事務局 本日はどうもありがとうございました。次回の開催については、追って御連絡をさせていただきます。事務局からは以上です。本日の委員会は終了です。本日は本当にどうもありがとうございました。